

## اثربخشی گشتالت درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر میزان ابراز وجود دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی

مهرداد حاجی حسنی<sup>۱\*</sup>، احمد اعتمادی<sup>۲</sup>، خدیجه آرین<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

mehrdadhajhasani@yahoo.com

۲- دانشیار مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ایران

Ahmad\_etemadi@yahoo.com

۳- استادیار مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

aryankhadijeh@gmail.com

### چکیده:

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد گشتالت درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر میزان ابراز وجود در دانش‌آموزان پسر دوره راهنمایی شهرستان شهریار بوده است. این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. از میان مدارس پسرانه دوره راهنمایی تحصیلی شهرستان شهریار در سال تحصیلی ۱۳۹۰ از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مدرسه انتخاب و با اجرای پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریجی ۳۰ نفر که نمره پایینی در این آزمون گرفتند، به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. گشتالت درمانی به مدت ۸ جلسه در مورد گروه اول اجرا شد و سپس در مورد گروه دوم ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری اجرا گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون تعقیبی LSD نشان داد که بین گروه کنترل و گشتالت درمانی و نیز بین گروه درمان شناختی - رفتاری و کنترل تفاوت معنادار است. ( $p \leq 0/01$ )، اما تفاوت بین گشتالت درمانی و درمان شناختی - رفتاری معنادار نیست. یافته‌ها نشان داد که گشتالت درمانی و درمان شناختی - رفتاری میزان ابراز وجود را افزایش می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:** گشتالت درمانی، شناختی - رفتاری، ابراز وجود.

## مقدمه:

روان‌شناسان در بررسی اختلالات روانی و انحرافات اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که بسیاری از اختلالات و آسیب‌ها در ناتوانی افراد، در تحلیل نادرست از خود، موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصی برای رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه‌ای مناسب ریشه دارد (طارمیان، ۱۳۷۸).

آریندل و همکاران<sup>۵</sup> (۱۹۹۱)، به نقل از رحیمی، حقیقی، مهربابی‌زاده، و بشلیده، (۱۳۸۵) در پژوهش‌های متعدد و متفاوتی، همبسته‌های ابراز وجود را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی بررسی کردند. آنها در هشت بررسی، نشان دادند که بین رفتار غیر جرات ورزانه با ترس‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی، پرخاشگری‌های درونی (نظیر انتقاد افراطی از خود و احساس گناه‌زدایی)، کمرویی، فقدان اعتماد به نفس و عزت نفس پایین، رابطه وجود دارد. همچنین، آنها دریافتند که بین رفتار غیر جرات ورزانه با رفتارهای مستقل، خودبستگی اجتماعی، اعتماد به نفس و عزت نفس بالا، رابطه منفی وجود دارد.

هدف آموزش ابراز وجود، این است که به افراد کمک کنند تا دیدشان را نسبت به خود تغییر دهند، جرات خود را افزایش دهند، به طور معقولی خلق و خو و افکارشان را بیان کنند و از این طریق بر اعتماد به نفس خود بیفزایند. آموزش ابراز وجود، یکی از مهارت‌های زندگی است که باعث افزایش عزت نفس، بیان منطقی افکار و احساسات، کاهش

ارتباط، یکی از قدیمیترین و در عین حال، از عالیترین دستاوردهای بشری بوده است. ارتباط از همان آغاز زندگی بشری، علاوه بر اینکه کارکردی در جهت حفظ امنیت شخصی داشته، زمینه ساز بسیاری از فعالیت‌های اجتماعی و سر آغازی بر زندگی اجتماعی نیز بوده است. در عصر حاضر، ارتباطات شخصی نسبت به گذشته ارزش بیشتری یافته و به صورت یک منبع اصلی خود ارزشمندی و رضایت از زندگی در آمده است. انسانی که می‌خواهد در جهانی با این وسعت زندگی سالمی داشته باشد، نیازمند کسب مهارت‌هایی است تا بتواند ضمن حفظ استقلال شخصی، با جهان بیرونی خود نیز ارتباط صحیحی برقرار نماید. یکی از مهارت‌هایی که در برقراری ارتباط سالم با دیگران کمک کننده است، مهارت ابراز وجود<sup>۱</sup> است.

ابراز وجود، به توانایی افراد برای بیان احساسات، عقاید و نیازها به صورت صادقانه، مستقیم و با صراحت بدون تعرض به حقوق شخصی دیگران اشاره دارد (الیس و هارتلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). به نقل از حاجی حسنی و کیانی‌پور، (۱۳۸۹). ابراز وجود به عنوان توانایی که یک فرد برای دفاع از خود و نیز توانایی «نه گفتن»<sup>۳</sup> به تقاضاهایی که فرد نمی‌خواهد انجام بدهد، در نظر گرفته می‌شود. در دهه‌های اخیر مفهوم ابراز وجود گسترده‌تر شده است؛ به طوری که شایستگی بین فردی در تعارضات و توانایی حفظ روابط را نیز در بر می‌گیرد (بکر و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

- 1 . assertiveness
- 2 . Ellis & Hartli
- 3 . saying no
- 4 . Becker etal

حال و نیز تجارب مراجع و درمانگر تاکید می‌کند. هدف کلی این رویکرد، آگاهی فرد از دیگران و محیط است که در شکل‌گیری شخصیت او سهیم بوده‌اند.

گشتالت درمانی به لزوم وجود مرز مناسبی بین فرد و دیگران برای آگاهی و پیشگیری از اختلال روانی معتقد است. رشد در این رویکرد درمانی به معنای حرکت از حمایت‌های محیطی به سمت حمایت‌های شخصی است. مراجعان به واسطه آگاهی لحظه لحظه تجارب خود، به تعبیر و تفسیر تجارب وضعیت خود می‌پردازند. مراجعان با دوباره تجربه کردن مشکلات و موقعیت‌های دردناک گذشته، کارهای ناتمام گذشته خود را که کارکرد زمان حال آنان را مختل کرده است، به اتمام می‌رسانند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). در تحقیقات چندی اثربخش بودن این رویکرد بر متغیرهای مختلف روان‌شناسی بررسی شده است:

نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۸۸) که با هدف مقایسه معنا درمانگری و گشتالت درمانگری در کاهش نشانه‌های پرخاشگری، افسردگی و اضطراب دانشجویان در یک نمونه ۹۰ نفره صورت گرفت، نشان داد که معنادرمانگری و گشتالت درمانگری در درمان اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری نداشتند؛ اما معنادرمانگری در درمان افسردگی از گشتالت درمانگری مؤثرتر بود.

در پژوهشی دیگر که بهرامی و همکاران (۱۳۸۹) با هدف بررسی اثربخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی در زنان مطلقه انجام دادند، نتایج نشان داد که گشتالت درمانی به

اضطراب، بهبود مهارت‌های ارتباطی- اجتماعی و ملاحظه حقوق دیگران و در عین حال، گرفتن حق خود و در نهایت افزایش میزان رضایت از زندگی و شادکامی است. هدف آموزش قاطعیت، یاد دادن هنر ارتباط عمیق با دیگران، بر خورد جدی با کار و زندگی و تسلط بر خویش است (لین و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

از میان رویکردهای گوناگون روان‌شناسی، گشتالت درمانی به علت پافشاری بر مسئولیت‌پذیری افراد، کنشگر بودن آنها در رویدادهای زندگی، بهره‌گیری از فنون آسان‌سازی احساسات در کار با گروه‌ها، تشویق به جستجوی پشتیبانی درونی به جای پشتیبانی بیرونی، و تشویق برای رسیدن به خودمختاری شخصی (رونل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت. گشتالت درمانی، جهت‌گیری نظری در مشاوره و روان‌درمانی است که آن را می‌توان به عنوان رویکردی التقاطی، با ریشه‌هایی در فلسفه وجودی<sup>۳</sup> در نظر گرفت.

گشتالت درمانی، دانش روانکاوانه، بین فردی و روان‌پویشی را ترکیب می‌کند و روش کاری است که به طور خلاقانه‌ای<sup>۴</sup> از رابطه درمانگر/ مراجع، آگاهی و آزمایش کردن استفاده، می‌کند. (یانف و یاکوبس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵، به نقل از لیزا<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). گشتالت درمانی یک روش پدیدارشناسی و مبتنی بر رویکرد وجودی است که بر روی عواملی مانند تجارب انسان، مسئولیت افراد، توانایی آنها برای تعیین تجارب زمان

- 1 . Lin etal
- 2 . Brownell
- 3 . philosophy of Existentialism
- 4 . Inventiveness
- 5 . Yontef & Jacobs
- 6 . Liza

کارگاه گشتالت درمانی برای افزایش خودآگاهی و دلسوزی افراد، نشان داد که افزایش این دو مؤلفه موجب افزایش عشق و امید و کاهش پرخاشگری در افراد می‌شود. یاکوبس و ریلی<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) در بررسی موردی ارزیابی اثر گشتالت درمانی در کاهش اضطراب و پرخاشگری نشان داد که این روش در کاهش نشانه‌ها اثر معناداری داشته است.

دانا<sup>۷</sup> (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که درمانگری‌های کامل و متناوب همانند گشتالت درمانی افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد.

علاوه بر رویکرد گشتالت درمانی، رویکرد شناختی- رفتاری<sup>۸</sup> نیز به دلیل تأکیدی که بر نقش شناخت‌ها و افکار بر رفتار دارد، می‌تواند در بهبود ابراز وجود افراد دارای نقش موثری باشد. درمان شناختی- رفتاری، یک روان درمانی ساختاری و مشارکتی است که بر پیوند بین افکار، هیجان‌ها و رفتار در اختلال‌های روانی تأکید دارد (بک و ویشار<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از چوپانی و همکاران ۱۳۸۹).

رویکرد شناختی- رفتاری، دیدی بسیار خوشبینانه و مثبت در مورد کاوش برای مداخلات مؤثر در فراخوانی رنج‌های انسان دارد. از این رویکرد می‌توان برای افراد در رده‌های سنی، با توانایی‌ها و جنسیت مختلف، و نیز برای نژادهای گوناگون با پیشینه‌های فرهنگی متفاوت استفاده کرد (وورل و رمر، ۲۰۰۳). رویکرد شناختی- رفتاری شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی را که در حالات ناخوشایند هیجانی

شیوه گروهی باعث کاهش احساس تنهایی، و نیز افزایش عزت نفس زنان مطلقه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، در پژوهش آدسو و همکاران<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) که با هدف بررسی اثربخشی آموزش رشد شخصی با سویه‌گیری گشتالتی بر عزت نفس در یک نمونه ۳۶ نفره که در دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و کنترل قرار داشتند، انجام شد نتایج نشان داد که عزت نفس افراد گروه آزمایش به نحو معناداری از گروه کنترل بیشتر گردید. در پژوهش اولیری و ریچارد<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) که با هدف تأثیر آموزش‌های گشتالتی بر خشم، مسؤلیت‌پذیری و عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل که تعداد هر گروه ۷ نفر بود، صورت گرفت، نتایج نشان داد که کاهش خشم، افزایش مسؤلیت‌پذیری و عزت نفس در میان گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. هریس<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) در بررسی خود دریافت که گشتالت درمانی، رویکردی مؤثر در کاهش تنهایی افراد مبتلا به ایدز است، که از تنهایی و نبود پیوند با دیگران رنج می‌برند.

در پژوهشی که مارتینز<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) با هدف اثربخشی بازی نقش در رویکرد گشتالت درمانی در درمان رفتارهای فوبیک در یک نمونه ۲۴ نفری که به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جای‌گزین شدند، انجام داد، به این نتایج دست یافت که گشتالت درمانی در کاهش رفتارهای فوبیک تأثیری معنادار دارد. شچتر<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) با برگزاری

6. Jacobus & Reilly

7. Dana

8. cognitive- behavioral therapy

9. Beck & Weishaar

1. Adesso etal

2. Oleri & Richard

3. Hariss

4. Martinez

5. Schechter

داد، نتایج تحلیل حدود ۲۴۰ کار پژوهشی نشان داد که این رویکرد بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز مؤثر بوده است. ویل و ژنه کیس<sup>۷</sup> (۲۰۰۷) تحقیقی را را به منظور بررسی اثربخشی شناخت- درمانی و گشتالت درمانی بر ابراز وجود زنان دارای ناتوانی جسمی انجام دادند. آنها به این نتیجه رسیدند از آنجایی که زنان دارای معلولیت جسمی، محدودیت‌ها را بیشتر به صورت واقعی تجربه می‌کنند، استفاده از این دو رویکرد درمانی، بر افزایش ابراز وجود آنها مؤثر بوده است.

در تحقیقی دیگر که آدام ریتا (۲۰۱۰) برای اثربخش بودن مداخلات گشتالت درمانی و شناختی- رفتاری گروهی و مقایسه آن دو در میزان مؤثر بودن بر ابراز وجود و عزت نفس زنان دارای معلولیت جسمی انجام داد، به این نتیجه دست یافت که گشتالت درمانی و شناختی- رفتاری هیچ کدام بر ابراز وجود و عزت نفس گروه مستقل تاثیر معناداری نداشته است و تفاوت معناداری نیز بین این دو درمان در میزان مؤثر بودن یافت نشد.

با مطالعه تحقیقات گذشته - که بیشتر آنها در خارج از کشور صورت گرفته است - این نکته حاصل می شود که دو رویکرد گشتالت درمانی و شناختی- رفتاری در بهبود بسیاری از مسائل روانی تقریباً تاثیرگذار بوده است، اما از آنجاکه در ایران تحقیقات محدودی در زمینه گشتالت درمانی و نیز مقایسه اثربخشی این رویکرد با رویکرد شناختی- رفتاری که به طور وسیعتری در ایران استفاده شده، انجام شده است، محققان در این تحقیق قصد دارند

نقش دارند، به چالش می‌کشند. (هیس و آیواماسا، ۲۰۰۶).

یانگ و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) در تحقیقات خود نشان دادند که فنون شناختی- رفتاری، مانند جرات ورزی یا فنون آرمیدگی در کمک به افراد برای کسب دوباره کنترل بر فعالیت‌های روزمره مؤثر است. در پژوهشی که توسط هاپس و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) با هدف بررسی اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش احساس تنهایی افراد با معلولیت جسمانی انجام گرفت، نتایج نشان داد که پس از مداخلات رویکرد شناختی- رفتاری افراد کمتر احساس تنهایی می‌کردند.

لو و چان<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) از درمان شناختی رفتاری گروهی برای درمان اضطراب استفاده کردند. نتایج آنها نشان داد که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، هم از نظر آماری و هم از نظر بالینی بهبود معناداری در میزان اضطراب داشته‌اند و این نتیجه در سه ماه و شش ماه پس از درمان هم پابرجا بود. گیلیام و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) در تحقیقی برای بررسی اثربخشی شناختی- رفتاری گروهی بر اختلال احتکار<sup>۵</sup> به این نتیجه دست یافتند که استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های این اختلال مؤثر بوده است.

در فراتحلیلی که اوزبسیای<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) برای اثربخش اثربخش بودن رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز در کودکان و نوجوانان انجام

- 1 . Young etal
- 2 . Hopps etal
- 3 . Lau & Chan
- 4 . Gilliam etal
- 5 . hoarding disorder
- 6 . Özabacı

میزان اثربخش بودن هر کدام از این دو رویکرد را بر افزایش ابراز وجود دانش‌آموزان دوره راهنمایی تحصیلی ارزیابی کرده، این دو رویکرد را در میزان اثربخش بودن با یکدیگر مقایسه کنند.

چنین فرض گردید که بین میانگین‌های ابراز وجود ۳ گروه گشتالت - درمان، شناختی - رفتاری و کنترل تفاوت وجود دارد.

### روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان شهریار بوده است. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای تک مرحله‌ای بوده است؛ بدین صورت که از بین مدارس راهنمایی شهرستان شهریار به روش تصادفی دو مدرسه انتخاب شد. سپس آزمون ابراز وجود گمبریل و ریجی (۱۹۷۵) در این دو مدرسه اجرا شد و بر اساس نتایج این آزمون ۳۰ نفر دانش‌آموزی که ابراز وجود کمتری داشتند، به تصادف انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه گشتالت درمانی، شناختی رفتاری و کنترل جایگزین شدند (تعداد اعضای هر گروه ۱۰ نفر بود). سپس گروه اول به مدت ۸ جلسه در جلسات گشتالت درمانی حضور یافتند. این گروه هفته‌ای ۱ جلسه به مدت ۲ ساعت در جلسات گشتالت درمانی شرکت می‌کردند. به طور کلی، درمان گشتالتی ۸ هفته به طول انجامید. در تمرین‌های گشتالتی شرکت‌کنندگان کارهای ناتمام را مورد توجه قرار می‌دادند، نحوه مواجه شدن با نیازهایشان را می‌آموختند و به طرف کامل کردن آن نیازهای ناتمام پیش می‌رفتند. در این جلسات، شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شدند که مسئولیت

رفتارهای آشکار و پنهانشان را بر عهده بگیرند. در جلسات گشتالت درمانی برای افزایش میزان ابراز وجود افراد از فنون بازی نقش، گفتگو با صندلی خالی، تمرین‌های آرمیدگی، واژگون سازی و صندلی داغ استفاده شد. در این تحقیق، گشتالت درمانی تمرکز عمده‌ای بر خودآگاهی و مسئولیت‌پذیری داشت.

در همین زمان، گروه آزمایشی دوم در جلسات رویکرد شناختی - رفتاری شرکت می‌کردند که تعداد و زمان جلسات آن مثل گروه اول بود. هدف از مداخلات CBT<sup>۱</sup> (درمان شناختی - رفتاری) کاوش الگوهای فکری و عقایدی بود که افراد همراه خود داشتند و به رفتارهای ناسازگار و نیز تصورات نادرست در مورد خودشان منجر می‌شد. جلسات CBT سه مرحله داشت: در مرحله نخست اعضا با یکدیگر آشنا و به سوی فرایند گروه هدایت می‌شدند و انسجام گروهی را ایجاد می‌کردند. در مرحله دوم امکان ارزیابی و سنجش نحوه کسب شدن اهداف آسیب‌زا و تمایز بین راهکارهای مؤثر و غیر مؤثر مشخص شد و نیز ساختار شناختی بر اساس نظریه A- B- C الیس توضیح داده شد. در مرحله آخر، فرصت‌هایی برای اعضا فراهم شد تا بتوانند روش‌های جدید تفکر و عمل را به زندگی روزمره خود انتقال دهند (مثل ترغیب مسئولیت‌پذیری شخصی و فراهم کردن زمانی برای تمرین موقعیت‌ها در دنیای واقعی). ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه ابراز وجود ورزی گمبریل و ریجی (Gambril & Rigi) (۱۹۷۵) بود.

### شرح مختصر جلسات گشتالت درمانی:

<p>در جلسه اول به آشنایی اعضا و رهبر گروه با یکدیگر، روشن کردن اصول و مقررات کارگروهی رویکرد گشتالت درمانی و راهکارهای مربوط به آن، توضیح دادن مفهوم ابراز وجود، فواید آن و بیان تفاوت بین رفتار ابراز وجود با رفتارهای دیگر به وسیله رهبر گروه پرداخته شد. برای تکلیف جلسه اول، از هر یک از اعضای گروه خواسته شد موقعیت‌هایی را که در آن نتوانستند از حقوق خود دفاع کنند و یا اینکه از خود ابراز وجود نشان ندادند، مشخص کنند.</p>	<p>جلسه اول:</p>
<p>در جلسات دوم و سوم پس از رسیدگی به تکلیف اعضا، فنون «بازی فرافکنی»، «صندلی خالی»، و «کار ناتمام» برای شناسایی احساسات شخصی اعضا، اندازه انرژی سرمایه‌گذاری شده آنها در روابط گذشته و اندازه برونداد هیجانی بیماران به اجرا در آمد. در پایان جلسه، تکالیفی در جهت انجام دادن رفتارهای جرات آمیز در بیرون از جلسه درمان به اعضا داده شد.</p>	<p>جلسه دوم و سوم:</p>
<p>در جلسات چهارم و پنجم پس از رسیدگی به تکالیف نشست پیشین، فنون «صندلی داغ» و «فرض مسؤلیت» در میان اعضای گروه اجرا شد تا اعضا بتوانند در کنار شناخت ارزش‌های خود، ارزش‌های نامعقول دیگران را نپذیرند. در پایان، به عنوان تکلیف از اعضا خواسته شد هر روز و با استفاده از تمرین آینه، گفته‌های مثبت به خود بگویند و پس از فراهم نمودن نمایه‌هایی از اهدافشان در گستره‌های مختلف ارتباطی، طرحی گام به گام را برای رسیدن به هر یک از آنها در نظر بگیرند.</p>	<p>جلسه چهارم و پنجم:</p>
<p>در این جلسات پس از رسیدگی به تکالیف اعضای گروه، به منظور فعال کردن آنها در موقعیت‌های اجتماعی و مبارزه با احساس کم ارزشی، از راهکار «واژگون سازی» و «تمرین و آزمایش» استفاده شد. تکلیف اعضا در جلسه گفتن جملات امیدبخش مثبت درباره آینده و ایفای نقش دلخواه در یک موقعیت اجتماعی بود.</p>	<p>جلسه ششم و هفتم:</p>
<p>در این جلسه پس از رسیدگی به تکالیف اعضا، رهبر و اعضای گروه به جمع‌بندی گفته‌ها و کارهای انجام شده در گروه پرداختند و در پایان از اعضای گروه پس آزمون اجرا شد.</p>	<p>جلسه هشتم:</p>

شرح مختصر جلسات شناختی - رفتاری:

<p>در جلسه اول به آشنایی اعضا و رهبر گروه با یکدیگر، روشن کردن اصول و مقررات کارگروهی رویکرد شناختی - رفتاری و راهکارهای مربوط به آن، توضیح دادن مفهوم ابراز وجود، فواید آن و بیان تفاوت بین رفتار ابراز وجود با رفتارهای دیگر به وسیله رهبر گروه پرداخته شد. برای تکلیف جلسه اول، از هر یک از اعضای گروه خواسته شد موقعیت‌هایی را که در آن نتوانستند از حقوق خود دفاع کنند و یا اینکه از خود ابراز وجود نشان ندادند، مشخص کنند.</p>	<p>جلسه اول:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف داده شده، از اعضا خواسته شد که در مورد توانایی‌ها و نیر نقاط ضعف خود به بحث بپردازند. در این جلسه سعی شد که خودشنیاری اعضا ارتقا یابد و نیز درباره ارتباطات و مشکلات عادی و روزمره افراد صحبت شد. همچنین، درباره تأثیری که افکار و شناخت‌ها ممکن است بر رفتارهای ما داشته باشد، بحث شد. همچنین تکلیفی در جهت شناسایی موقعیت‌هایی که اعضا در آن شناخت‌های معیوبی دارند، داده شد.</p>	<p>جلسه دوم:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف داده شده در مورد ساختار شناختی بحث شد و همچنین الگوی A-B-C ایس توضیح داده شد. همچنین در مورد افکار خودکاری که بک مطرح کرده و ممکن است رفتارهای اعضا را تحت تأثیر قرار دهند توضیحاتی داده شد. در پایان جلسه از هر یک از اعضا خواسته شد طبق مدل ایس پنج مورد از باورها و افکار خود را که مانع از ابراز وجود می‌شوند، شناسایی کند.</p>	<p>جلسه سوم:</p>
<p>تکلیف جلسه قبل مرور شد و به افراد کمک شد که جنبه‌های مخرب این افکار را درک نمایند. از فن تصویر پردازی عقلانی - هیجانی در ارتباط با موقعیت‌های اجتماعی استفاده و نیز به توسعه روش‌های سازگاری پرداخته شد همچنین به بر روش‌ها و الگوهای فکر کردن و مدیریت سازگاری با هیجان‌های منفی و آموزش نحوه جایگزینی رفتار لذت بخش و تفکر سازگار با آنها پرداخته شد.</p>	<p>جلسه چهارم:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف سه مورد از خطاهای شناختی منجر به بی جراتی (تفکر قطبی شده، ذهن خوانی و برجسب زدن) بررسی شد و اعضا به بیان تجربه خود در مورد این خطاها پرداختند و سپس راه‌های مقابله با آنها به اعضا تعلیم داده شد. در پایان جلسه، به اعضا تکلیف داده شد که موقعیت‌های اجتماعی را که اعضا ترس از ارائه رفتارهای جراتمند ترس دارند، را شناسایی نمایند.</p>	<p>جلسه پنجم:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف تمرین بر روی شیوه‌های مبادله تعارفات روزمره بحث شد و نیز در مورد سرزنش گروه‌های درونی افراد گفتگو‌هایی در بین اعضا و رهبر گروه انجام شد. در پایان جلسه به اعضا تکلیفی در مورد آغاز کردن گفتگو با دیگران و نشان دادن خود بیانی نیرومند در روابطشان ارائه گردید.</p>	<p>جلسه ششم:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف، اعضا تمرین‌های مربوط به تقاضا کردن و ارائه پاسخ‌های مناسب و مهارت‌های مربوط به ابراز احساسات مثبت و منفی را در جلسه گروهی اجرا کردند. و نیز تمرین‌هایی در جهت حمله به احساس‌های شرم آنها در این موقعیت‌ها طراحی گردید.</p>	<p>جلسه هفتم:</p>
<p>پس از بررسی تکلیف، افراد مروری مختصر بر جلسات درمان داشتند و در این جهت به یکدیگر بازخوردهایی می‌دادند. در ضمن، آموزش‌هایی در جهت نحوه انتقال یافته‌ها به خارج از محیط گروه ارائه گردید. در پایان پس از آزمون اجرا شد.</p>	<p>جلسه هشتم:</p>



## ابزار پژوهش:

### پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریجی:

پرسشنامه ابراز وجود بر اساس آزمون ابراز وجود گمبریل و ریجی (۱۹۷۵) تهیه شده و دارای ۴۰ ماده اصلی است که در برخی از مواد آن به علت عدم تطابق با فرهنگ ایرانی، تغییراتی در آن داده شده و به ۲۲ سوال رسیده است. هر ماده آزمون موقعیتی را که مستلزم رفتار جرأت ورزی است، نشان می‌دهد. از آزمودنی خواسته می‌شود که برای پاسخ دادن به پرسش‌ها بر حسب یک مقیاس درجه‌بندی پنج گزینه‌ای عمل نماید. از نظر میزان پایایی، همبستگی بالایی بین ماده‌های آزمون با یکدیگر وجود دارد. بار عاملی ماده‌های مختلف آزمون بین ۳۹ تا ۷۰ درصد گزارش شده است. ضریب پایایی توسط گمبریل و ریجی ۰/۸۱ گزارش شده است. پس از حذف ۱۸ ماده و هماهنگی با فرهنگ ایرانی، ضریب پایایی توسط شهره آملی در انستیتو روان‌پزشکی تهران بر روی ۴۰

دانش‌آموز دختر راهنمایی با فاصله زمانی ۲۵ روز، ۰/۸۲ تعیین شد (به نقل از محمودی و همکاران، ۱۳۸۳). روایی آن از نظر استادان دانشگاه علامه طباطبایی تهران تایید و روایی عاملی ماده‌های این آزمون بین ۰/۳۹ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (بهرامی، ۱۳۷۵). ضریب آلفای کرونباخ برای تحقیق حاضر ۰/۸۰ بر آورد شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس برای بر آورد تفاوت بین گروه‌ها، و نیز از آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی میانگین‌ها استفاده شده است.

### یافته‌ها

#### الف) داده‌های توصیفی:

تعداد هر یک از گروه‌ها ۱۰ نفر بوده است که میانگین، انحراف استاندارد و واریانس نمره‌های هر یک از گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
پیش آزمون گشتالت درمانی	۱۰	۵۲/۰۰	۶/۳۰	۳۹/۷۷
پس آزمون گشتالت درمانی	۱۰	۶۹/۶۰	۵/۱۶	۲۶/۷۱
پیش آزمون شناختی رفتاری	۱۰	۵۰/۹۰	۲/۸۰	۷/۸۷
پس آزمون شناختی- رفتاری	۱۰	۶۵/۳۰	۲/۹۰	۸/۴۵
پیش آزمون گروه کنترل	۱۰	۵۱/۷۰	۳/۷۴	۱۴/۰۱
پس آزمون گروه کنترل	۱۰	۵۶/۸۰	۵/۶۷	۳۲/۱۷

است. با توجه به این جدول، میانگین نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون برای گروه گشتالت درمانی به ترتیب برابر با ۵۲/۰۰، ۶۹/۶۰ برای گروه شناختی-

با توجه به جدول ۱ میانگین پس آزمون هر کدام از گروه‌ها نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است، اما این افزایش میانگین در گروه‌های گشتالت درمانی و شناختی رفتاری نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده

رفتاری ۵۰/۹۰، ۶۵/۳۰ و برای گروه کنترل ۵۱/۷۰، با توجه به اینکه طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است، برای کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شده است:

جدول ۲. تحلیل کوواریانس گروه‌ها در میزان ابراز وجود

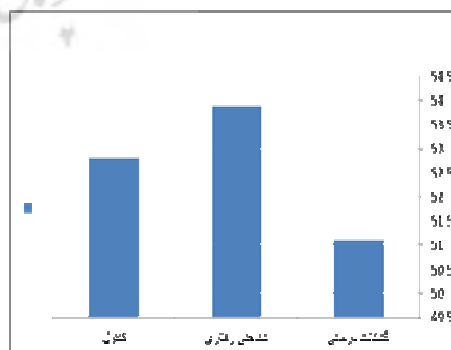
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۴/۷۸	۱	۱۴/۷۸	۰/۶۵۰	۰/۴۲	۰/۰۲	۰/۱۲
بین گروه‌ها	۸۳۰/۲۷	۲	۴۱۵/۱۳	۱۸/۲۵	۰/۰۱	۰/۶۸	۱
درون گروه‌ها	۵۹۱/۳۱	۲۶	۲۲/۷۴				
کل	۱۴۵۴/۷۰۰	۲۹					

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد؛ یعنی آزمایش تاثیرگذار بوده است ( $p < ۰/۰۱$ ). با توجه به اینکه تفاوت گروه‌ها در پس‌آزمون معنادار بوده است، از آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه زوجی تفاوت میانگین‌ها استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. آزمون LSD برای مقایسه زوجی میانگین‌ها

گروه‌ها	میانگین‌های تعدیل شده	خطای استاندارد	P
کنترل	۵۲/۸۰	۲/۱۱	۰/۰۱
کنترل	۵۲/۸۰	۲/۱۱	۰/۰۱
گشتالت درمانی	۵۱/۱۱	۲/۱۱	۰/۰۵

فرضیه اول تحقیق این بوده است که گشتالت درمانی گروهی، میزان ابراز وجود را به طور معناداری افزایش می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۳ تفاوت بین گروه کنترل و گروه گشتالت درمانی در پس‌آزمون معنادار بوده است. بنابراین، فرضیه اول تحقیق تایید می‌شود ( $P \leq ۰/۰۱$ ). فرضیه دوم تحقیق این بوده است که درمان شناختی-رفتاری گروهی، میزان ابراز وجود را به طور معناداری افزایش می‌دهد. با توجه به جدول شماره ۳ تفاوت بین گروه کنترل و گروه



نمودار ۱. مقایسه میانگین تعدیل شده گروه‌ها

تحقیقات می‌توان به زال‌پور (۱۳۸۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۸۸)، بهرامی و همکاران (۱۳۸۹) اشاره کرد. از آنجا که عزت نفس بالا و خشم و افسردگی کم از مؤلفه‌های ابراز وجود است (آریندل و همکاران ۱۹۹۱، به نقل از رحیمی و همکاران ۱۳۸۵)، نتیجه تحقیق حاضر را می‌توان با این تحقیقات نیز همخوان دانست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که گشتالت درمانی به افراد کمک می‌کند تا از سطح بازی‌های خودفریب، دفاع‌ها، و لایه‌های شناخته شده فراتر روند و بدین منظور، آنها را به نشان دادن احساساتی که هرگز به گونه‌ای مستقیم تجربه نشده‌اند، تشویق می‌کند. بر پایه رویکرد گشتالت، شخص با تجربه‌های زندگی و دیدگاه‌های افراد دیگر، ارزش‌هایی را درونی می‌کند که می‌خواهد با استفاده از آنها زندگی کند و گمان بر این است که وقتی منابع درونی شخص به جنبش درآمد، کارایی و توانایی او از حد کنار آمدن با مشکلات زندگی فراتر خواهد رفت (گلدنبرگ و گلدنبرگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، ترجمه شاهی برواتی و نقش‌بندی، ۱۳۸۹).

از طریق گشتالت درمانی می‌توان خودگردانی افرادی را که ابراز وجود پایین دارند، تسهیل کرد. فردی که بتواند زندگی و کارهای خود را اداره کند، جرأت بیشتری پیدا می‌کند و اعتمادش به توانایی خودش بیشتر می‌شود. روش گشتالت درمانی می‌تواند مراجع را به تکامل و تلاش در جهت تکمیل کارهای ناتمام سوق دهد و با این جهت‌گیری کاهش چشمگیری را در احساسات منفی افراد کم جرات شاهد خواهیم بود. افراد کم جرات معمولاً مضطرب هم هستند طبق دیدگاه گشتالت درمانی، اضطراب

شناختی- رفتاری در پس آزمون معنادار بوده است. بنابراین، فرضیه دوم تحقیق نیز تایید می‌شود ( $P \leq 0/01$ ). فرضیه سوم تحقیق این بوده است که بین میزان اثربخش بودن گشتالت درمانی گروهی و درمان شناختی- رفتاری گروهی در افزایش ابراز وجود تفاوت معنادار وجود دارد. با توجه به جدول شماره ۳ تفاوت بین گشتالت درمانی و درمان شناختی- رفتاری در میزان ابراز وجود معناداری نبوده است. بنابراین، فرضیه سوم تحقیق تایید نمی‌شود ( $P \geq 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی گشتالت درمانی گروهی و رویکرد شناختی- رفتاری گروهی بر افزایش ابراز وجود در دانش‌آموزان دوره راهنمایی بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که استفاده از رویکرد گشتالت درمانی میزان ابراز وجود را افزایش می‌دهد. این نتیجه با یافته‌های هیوز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، آلن<sup>۲</sup> (۱۹۸۶)، کاون<sup>۳</sup> (۱۹۷۹)، لایون و شرود<sup>۴</sup> (۱۹۹۱)، آدسو، هانسون، و هاندری (۱۹۷۴)، مارتینز (۲۰۰۲)، دانا (۲۰۰۸) شچتر (۲۰۰۸)، یاکوبس و ریلی (۲۰۰۸) همخوان و با یافته‌های آدام ریتا (۲۰۱۰) ناهمخوان است.

در ایران تحقیقی که مستقیماً اثربخشی گشتالت درمانی بر ابراز وجود را مطالعه کرده باشد، یافت نشده است. بیشتر پژوهش‌ها در ایران اثربخشی گشتالت درمانی را بر متغیرهایی، مانند عزت نفس، خشم، و افسردگی ارزیابی کرده‌اند که همواره از تاثیر معنادار رویکرد گشتالت درمانی حکایت دارد. از این

که نمونه تحقیق آدم ریتا (۲۰۱۰) زنان بزرگسالی بودند که از آنها سوء استفاده جسمی شده بود، اما نمونه تحقیق حاضر دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی هستند، علت تناقض یافته‌ها شاید به علت تفاوت در نمونه باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کاربرد رویکرد شناختی- رفتاری میزان ابراز وجود را به طور معناداری افزایش می‌دهد. بنابراین، فرضیه دوم تحقیق نیز تایید می‌گردد. این یافته با یافته‌های استفسون<sup>۶</sup> (۱۹۸۸) هیس و آیواماسا<sup>۷</sup> (۲۰۰۶)، ورل و و رمر<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) و دوتن<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) همخوان است، اما با یافته‌های آدم ریتا<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۰) همخوان نیست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در گروه‌های شناختی- رفتاری افراد بسیار فعال هستند و برای انجام تمرین‌ها و بازی نقش رفتارهای جرات‌آمیز از آمادگی کافی برخوردارند علاوه بر این تمرین‌ها، تعاملات در گروه، به اعضای گروه کمک می‌کند که رفتارهای جدیدی را امتحان کنند و روش‌های جدید رفتار کردن را به جای روش‌های قدیم به کار گیرند. همچنین، تکالیف خانگی به افراد کمک می‌کند چشم‌اندازی جدید را در ارتباط با رفتارهای جراتمند کسب کنند (آدم ریتا، ۲۰۱۰). عاملی دیگر را که می‌توان برای تبیین این یافته مورد بحث قرار داد، روش‌های تغییر باورهاست که در کاهش رفتاری کم جرات کاربرد دارد، زیرا رویکرد شناختی- رفتاری ادعان می‌کند که حالت‌های تنش‌زا همچون اضطراب، افسردگی و عدم ابراز وجود، اغلب به وسیله تفکر نادرست و افراطی، تداوم و از راه

شکاف بین زمان حال و آینده است و اکثر افراد کم جرات از روابط اجتماعی و سایر کارهایی که نیازمند جراتمندی هستند و در آینده باید انجام دهند، مضطرب هستند و همین اضطراب می‌تواند به بی‌جراتی این افراد کمک کند. در روش گشتالتی با افزایش پیوستار آگاهی، برداشتن سدها در برابر آگاهی، و کشاندن فرد به زمان حال اضطراب کاهش پیدا می‌کند و به واسطه این کاهش اضطراب، این افراد می‌توانند رفتارهای جراتمند بیشتری از خود نشان دهند. در ضمن، می‌توان گفت که رویکرد گشتالت درمانی دامنه گسترده‌ای از فنون مانند «فرض مسئولیت»، «صندلی خالی»، «صندلی داغ»، «کارناتام» و «واژگون سازی» را در بافت گروهی به کار می‌برد و در این فنون همواره تاکید بر مسئولیت‌پذیری، زمان حال و خود مختاری است (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹) و از آنجا که افراد با ابراز وجود پایین از استقلال شخصی کمی برخوردارند و نیز در بیشتر موارد نمی‌توانند در زمان حال زندگی کنند و یا مسئولیت رفتار خود را به عهده بگیرند (آریندل و همکاران ۱۹۹۱<sup>۵</sup>، به نقل از رحیمی و همکاران، ۱۳۸۵). به نظر می‌رسد با توجه به مبانی گشتالت درمانی و مؤلفه‌های ابراز وجود، این رویکرد بتواند تاثیر معناداری بر افزایش ابراز وجود داشته باشد.

همان‌طور که بیان شد، یافته اول تحقیق مبنی بر اثربخش بودن رویکرد گشتالت درمانی بر میزان ابراز وجود، با نتایج تحقیق آدم ریتا (۲۰۱۰) ناهمخوان است. در تبیین این تناقض شاید بتوان گفت از آنجا

6 . Stephenson  
7 . Hays & Iwamassa  
8 . Worell & Remer  
9 . Dutton  
10 . Adamrita

1 . empty chair  
2 . hot seat  
3 . unfinished business  
4 . reversal  
5 . Arrindell etal

شناخت است. افراد کم جرات پس از شرکت در جلسات شناختی- رفتاری به خودشان اجازه می‌دهند که اشتباه کنند، و این فکر منطقی را می‌پذیرند لازم نیست که همیشه مورد تایید دیگران باشیم و این طرز فکر به آنها جرأت بیشتری می‌دهد.

یافته‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین این دو رویکرد در میزان تاثیرگذاری وجود ندارد بنابراین، فرضیه سوم تحقیق رد می‌شود. تحقیقاتی که این دو رویکرد را به طور مستقیم مقایسه کرده باشد، بسیار محدود است. به همین دلیل، برای مقایسه یافته‌ها به یک مورد مهم از این تحقیقات اشاره می‌شود.

این یافته با نتایج تحقیق کلارک و گرین برگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) همخوان نیست. کلارک و گرین برگ (۱۹۸۶) اثر بخشی دو تکنیک گفتگو با دو صندلی (فنی در رویکرد گشتالت درمانی) را با مهارت حل مساله (فنی در رویکرد شناختی- رفتاری) در حل تعارضات بین فردی (مرتبط با مهارت جرات ورزی) مرتبط با بی تصمیمی را بررسی کردند در این تحقیق ۴۸ نفر به صورت تصادفی در سه گروه کنترل، حل مساله و گفتگو با دو صندلی (هر گروه ۱۶ نفر) جایگزین شدند. نتایج نشان داد که هر چند مداخلات دو گروه درمانی بر متغیر وابسته مؤثر بوده است، اما فن مرتبط با رویکرد گشتالت درمانی (گفتگو با دو صندلی) تاثیر بیشتری داشته و این تاثیر نیز از لحاظ آماری معنادار بوده است.

کلارک و گرین برگ (۱۹۸۶) در تبیین یافته خود بیان کردند هنگامی که مسائل هیجانی مطرح است، رویکردهایی که به احساسات توجه بیشتری دارند، نسبت به رویکردهای شناختی از اثربخشی بیشتری برخوردارند. در تبیین تفاوت یافته کلارک و گرین

تحریف در پردازش داده‌ها شدت می‌یابد (پدرام و همکاران ۱۳۸۹). از آنجا که رویکرد های شناختی- رفتاری در طول جلسات درمانی، روش‌های مختلف افکار و عقاید غیر منطقی مؤثر در بروز رفتار را مورد چالش قرار می‌دهد، بنابراین، افرادی که دارای ابراز وجود پایین هستند، با آگاهی از این افکار غیر منطقی و با جایگزین نمودن افکاری منطقی به جای آنها می‌توانند جرات بیشتری پیدا کنند و راحت‌تر عقاید، احساسات و خواسته‌های خود را بیان نمایند.

در رویکرد شناختی- رفتاری، اعتقاد بر این است که بیشتر مواردی که مشکلات ارتباط نامیده می‌شوند، در واقع مشکل تفکر هستند. افرادی که پیام‌های ملال‌آور، عجیب و غریب، تکراری، یا متضاد را منتقل می‌کنند، در واقع شناخت‌های ملال‌آور، عجیب و غریب، تکراری یا متناقض خود را آشکار می‌سازند. بنابراین، اگر به افراد کمک کنیم تا شیوه تفکرشان معقول‌تر شود، از نظر شیوه تفکر ارتباط نیز ثمربخش‌تر خواهند شد (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). افرادی که ابراز وجود پایین دارند، معمولاً عقاید نامعقول در مورد ارتباطات بین فردی دارند. این افراد ممکن است چندین عقیده نامعقول فهرست شده توسط الیس را داشته باشند، مانند اینکه «همیشه باید مورد احترام باشم»، «هرگز نباید اشتباه کنم» و از این گونه افکار. در طی جلسات شناختی- رفتاری، زمانی که بر طبق الگوی A-B-C الیس عمل می‌شود، به روشی منطقی این عقاید و افکار غیر منطقی زیر سؤال می‌روند و اعضای گروه با کمک درمانگر عقاید معقول‌تری را جایگزین این عقاید نامعقول می‌نمایند. در نتیجه، این افراد می‌توانند سالم‌تر رفتار کنند و با اعتماد به نفس بیشتری ارتباط برقرار نمایند، زیرا رفتار متاثر از

### منابع:

بهرامی، فاطمه. (۱۳۷۵). مقایسه اثربخشی آموزش روش‌های جرأت‌ورزی به دانش‌آموزان کم‌جرات دختر دبیرستانی با شیوه‌های فردی و گروهی. پایان‌نامه (چاپ نشده) کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

بهرامی، فرحناز، سودانی، منصور و مهربانی‌زاده، مهناز. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی گشتالت درمانی بر عزت نفس، افسردگی و احساس تنهایی زنان مطلقه افسرده. *مطالعات اجتماعی، روان‌شناختی زنان*، ۱، ۱، ۱۲۹-۱۴۵.

پدرام، محمد، محمدی، مسعود، نظیری، قاسم، و آیین‌پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۴، ۱، ۶۱.

پروچاسکا، ج و نورکراس، ج. (۱۳۸۹). *نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی)*، (ترجمه: یحیی، سید محمدی). تهران: نشر روان (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

چوپانی، مراد، احمدی، احمد، شریفی‌نیا، محمد حسین، و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر گروه درمانی مذهبی و شناختی-رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی. *دو فصلنامه علمی-تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۶، ۳، ۶۱-۳۱.

حاجی حسنی، مهرداد و کیانی‌پور، عمر. (۱۳۸۹). اثر بخشی موسیقی درمانی فعال بر میزان ابراز وجود. *مجموعه مقالات دومین کنگره انجمن*

برگ (۱۹۸۶) با یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که در تحقیق کلارک و گرین برگ (۱۹۸۶) تنها از یکی از فنون هر دو رویکرد استفاده شده و به نقش افکار معیوب در اختلالات رفتاری که در واقع، قلب رویکرد شناختی-رفتاری است، توجهی نشده است. اما در تحقیق حاضر، از مجموعه‌ای فنون مرتبط با رویکردهای گشتالت درمانی و شناختی-رفتاری استفاده شده است و افکار و عقاید معیوب تاثیرگذار در رفتارهای غیر جراتمند، که در رویکرد شناختی-رفتاری از اهمیت بالایی برخوردارند، به خوبی بررسی شده‌اند. پس شاید بتوان گفت که علت تفاوت یافته پژوهش حاضر با یافته کلارک و گرین برگ (۱۹۸۶) در جامعیت فنون به کاربرده شده است. از آنجا که نمونه مورد بررسی در این پژوهش، دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی بوده‌اند، به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود که برای تعمیم نتایج به جامعه بزرگتر از هر دو جنس به عنوان نمونه استفاده کنند. همچنین، با توجه به اینکه هر دو رویکرد گشتالت درمانی و شناختی-رفتاری در افزایش میزان ابراز وجود تاثیر معنادار داشته است، به محققان پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی خود به جای داشتن دو گروه آزمایش از سه گروه آزمایش استفاده کنند: دو گروه آزمایش همانند تحقیق حاضر باشد و در گروه سوم آزمایش از ترکیب فنون گشتالت درمانی و شناختی-رفتاری استفاده شود، تا این نتیجه حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می‌تواند اثربخش‌تر از به کارگیری آنها به صورت جداگانه باشد یا خیر؟

- Adamrita, C.S. (2010). *The effects of gestalt and cognitive-behavioral therapy group intervention on the assertiveness and self-esteem of women with physical disabilities facing abuse*. In partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of philosophy, Wayne State University.
- Adesso, V. J., F. J. Euse, R. W. Hanson, D. Handry, and P. Choca. (1974). "Effects of a Personal Growth Group on Positive and Negative Self-References." *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 11 (4):354-355.
- Allen, H. A. (1986). A Gestalt perspective. *Applied rehabilitation counseling*. New York: Springer.
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A., Belkom, E. G. A. van, & Vermeë, J. B. G. (2008). Predicting individual differences in autonomy-connectedness: The role of body-awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 6, 747-765.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: a guide to contemporary practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Clarke, K. M., & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 1, 11-15.
- Dana, U. (2008). Alternative and complementary therapies. *Journal of American Medicine*, 103, 235-242.
- Dutton, M. N. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. New York: Springer.
- Gilliam, C.M, Norberg, M. Morrison, S. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Research and Therapy*, 3, 1-6.
- Harris, E. (2000). "God, Buber, and the Practice of Gestalt Therapy." *The Gestalt Journal* 23(1):39-62.
- Hays, P. A., & Iwamassa, G. Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hopps, S. L., Pepin, M., & Boisvert, J. (2003). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 136-147.
- روان‌شناسی ایران (صص ۲۶۱-۲۶۲). تهران: انتشارات کنگره انجمن روان‌شناسی ایران.
- رحیمی، جعفر، حقیقی، جمال، مهربانی‌زاده، مهناز، و بشلیده، کیومرث. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر آموزش جرات ورزی بر مهارت‌های اجتماعی، اضطراب اجتماعی و ابراز وجود در دانش‌آموزان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱، ۱۲۴، ۱۳-۱۱۱.
- زال‌پور، خدیجه. (۱۳۸۷). *تأثیر گروه درمانی گشتالتی بر کاهش خشم نوجوانان پسر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- طارمیان، فرهاد. (۱۳۷۸). *مهارت‌های زندگی، تعریف و مبانی نظری. ژرفای تربیت*، ۴، ۱، صص ۲۵-۲۷.
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۹). *خانواده درمانی*. (ترجمه حسین شاهی برواتی و سیامک نقش‌بندی). تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- محمودی، قهرمان، عظیمی، حمیده، و ضرغامی، مهران. (۱۳۸۳). *تأثیر آموزش قاطعیت بر میزان اضطراب و جرات ورزی*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۴، ۶، صص ۶۶-۷۲.
- نوابی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی، تهران: سمت*.
- یوسفی، ناصر، اعتمادی، عذرا، بهرامی، فاطمه، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات، احمدی، سید احمد، ماورانی، عبدالعزیز، عیسی‌نژاد، امید، و بطلانی، سعید. (۱۳۸۸). *اثربخشی معنادرمانی و گشتالت درمانی در درمان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری*. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۹، ۵، ۲۵۱-۲۵۹.

- Martinez, E. (2002). Effectiveness of Operationalized Gestalt Therapy Role-Playing in the Treatment of Phobic Behaviors. *Gestalt Review*, 6, 2, 148-166.
- O'Leary, E., and Richard, P. (1990). "An Evaluation of a Person-Centred Gestalt Group Using the Semantic Differential." *Counselling Psychology Quarterly* 3, 113-20.
- Özabacı, N. (2011). Cognitive behavioural therapy for violent behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 33, 1989-1993.
- Schechter, G. (2008). *Toward enhanced self-compassion and awareness of common humanity: An empirical study of experiential Gestalt workshops*. Doctoral Thesis, The Wright Institute.
- Stephenson, S. U. (1988). *The effect of a cognitive-behavioral course in assertive training procedures on internalized shame in college students*. Dissertation for doctoral of philosophy Oregon State University United States.
- Vail, S., & Xenakis, N. (2007). Empowering women with chronic, physical disabilities: A pedagogical/experiential group model. *Social Work in Health Care*, 46, 67-87.
- Worell, J., & Remer, P. (2003). *Feminist Perspectives in Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons, Inc.
- Young, J. E., Weinberger, A., & Beck, A. T. (2001). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Hughes, R. B., Nosek, M. A., Howland, C. A., Groff, J. Y., & Mullen, D. (2003). Health promotion for women with physical disabilities: A pilot study. *Rehabilitation Psychology*, 48, 182-188.
- Jacobus, J., & Reilly, V. (2008). Students evaluate Carle Rogers and Perl's relationship with Gloria: A brief report. *The Journal of Humanistic Psychology*, 48, 32-43.
- Lau, W., & Chan, C. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 11, 1067.
- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y., & Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24, 656-665.
- Livneh, H., & Sherwood, A. (1991). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling and Development*, 69, 525-538.
- Liza, L. (2010). *Please Disturb The Session: A Narrative Analysis of 21st Century Gestalt Therapists and culture*. A dissertation submitted to the Graduate School for the degree Doctor of Philosophy. New Mexico State University.
- Martinez, E. (2002). Effectiveness of Operationalized Gestalt Therapy Role-Playing in the Treatment of Phobic Behaviors. *Gestalt Review*, 6, 2, 148-166.